In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Approche d'un patient présentant une diarrhée chronique

Introduction

- La DC est un symptôme fréquent
- En pratique, elle pose essentiellement le problème de son étiologie.
- Reconnaître la cause d'une DC est souvent difficile :
- Les affections qui peuvent en être responsables sont +++
- Les mécanismes physiopathologiques sont multiples et complexes et parfois même méconnus.
- Les mécanismes sont souvent intriqués
- La multiplicité des explorations (parfois lourdes et coûteuses) à mettre en œuvre

Définition: La diarrhée chronique (DC) peut être définie comme l'émission, pendant plus de 4 semaines de nombreuses selles quotidiennes liquides dont le poids moyen est supérieur à 200g par jour.

en pratique, on parle de diarrhée lorsqu'il y a plus de 3 selles molles ou liquides par jour, le débit fécal, s'il peut être mesuré, étant supérieur à 200 g par jour chez l'adulte.

Les étiologies sont multiples: il est donc nécessaire d'organiser la conduite à tenir.

Enquête se déroulera en 3 phases successives:

D'abord de reconnaître la diarrhée chronique

Faire le bilan clinique et paraclinique initial qui peuvent permettre d'identifier certaines causes de DC

Enfin de rechercher l'étiologie des autres DC

RECONNAITRE LA DIARRHEE CHRONIQUE

Eliminer ce qui n'est pas une diarrhée

Exclure ce qui n'est pas une DC

Eliminer une diarrhée chronique factice provoquée

Eliminer ce qui n'est pas une diarrhée

- La fausse diarrhée du constipé
- L'émission isolée et répétée de glaires.
- L'incontinence anale (souvent inavouée) .

Exclure ce qui n'est pas une diarrhée chronique:

- Une diarrhée aigue dont la durée n'excède pas 15 jours
- Une diarrhée prolongée (durée = 15 jours à 4 semaines)

Eliminer une diarrhée chronique provoquée :

- Rechercher une notion d'ingestion volontaire de laxatifs ou involontaire (elle est alors masquée et doit être recherchée systématiquement par l'interrogatoire dirigé).
- 90% de femmes, désordre psychologique sous jacent
- Clinique: diarrhée sévère, hydrique diurne et nocturne, douleurs abdominales importantes, altération de l'état général, signes de myopathie, d'hypokaliémie, de dépigmentation cutanée et d'hippocratisme digital.
- A la rectoscopie une mélanose colique lorsque le laxatif est de type anthraquinones (séné, rhubarbe, aloès)

APPROCHE CLINIQUE ET PARACLINIQUE INITIALE SYSTEMATIQUE

A-Approche clinique

Interrogatoire : Cette étape est capitale. Elle doit être menée de façon complète et systématisée.

- **Le terrain:**

Personnel et familial

PersonnelS

- Intervention chirurgicale (gastrectomie, vagotomie) ou l'intestin grêle et/ou colon.
- Existence d'une radiothérapie abdominale récente
- Traitement médical au long cours (ATB, antimitotiques, laxatifs)
- Maladies associées : Ulcère gastroduodénal
- Maladies endocriniennes (diabète sucré, affection thyroïdienne, surrénalienne)
- Insuffisance rénale chronique
- Affection dermatologique chronique : dermatite bulleuse, sclérodermie, dermatomyosite
- Tuberculose pulmonaire
- Notion d'infections à répétition (en particulier ORL) orientant vers un déficit immunitaire congénital ou acquis.
- La notion de pratiques particulières (homosexualité, vagabondage sexuel , usage de stupéfiants)

Familial :

notion de diarrhée chronique dans la famille, intervention chirurgicale, endocrinopathie familiale (adénomatose pluriendocrinienne, cancer médullaire de la thyroïde) ou de maladie digestive familiale (pancréatite chronique familiale, maladie ulcéreuse gastro duodénale, MICI, Cœliaque).

2.Caractères de la diarrhée

*Son ancienneté : en semaines ou en mois

Un début plus récent plus souvent d'une cause infectieuse (parasitaire) inflammatoire ou tumorale.

*Son mode de début :

Brutal, il oriente vers une pathologie infectieuse, toxique ou une lésion inflammatoire.

Progressif il traduit habituellement une maladie inflammatoire ou tumorale ou une perturbation fonctionnelle.

*Ses circonstances d’apparition

On recherchera systématiquement un facteur déclenchant :

- Un facteur alimentaire
- Un traitement médicamenteux :
- Les signes associés au début : la présence de signes fonctionnels digestifs ou extradigestifs, de signes généraux peut orienter le diagnostic étiologique

*Les caractères de la selle : sont importants à préciser.

- Le nombre quotidien de selles
- L'abondance de la selle : renseigne sur l'importance de la diarrhée et parfois sur le siège de l'anomalie responsable : des selles abondantes, volumineuses sont le fait de maladies du grêle ; à l'inverse la diarrhée colique est faite de selles fréquentes peu volumineuses.

- Son aspect macroscopique :
  - fécale ou afécale; sang
  - stéathorrhée
  - glaires, de mucus traduit en principe (mais non constamment) une atteinte colique
  - présence de particules alimentaires
- L'horaire de la selle :
  - Diurne et nocturne (pathologie organique)
- Son mode évolutif :permanente continue ; intermittente
- Facteurs déclenchants ou de sédation

Par ailleurs certains caractères sont importants à connaitre :

- La diarrhée osmotique disparaît à jeun
- La diarrhée sécrétoire au contraire, n'est pas influencée par le jeune
- La diarrhée secondaire à une carence en lactase disparaît après exclusion du lactose de l'alimentation
- Une pullulation microbienne répond aux antibiotiques
- Une insuffisance pancréatique externe est influencée par un régime pauvre en graisses et un traitement par des triglycérides à chaîne moyenne et/ou un traitement par des enzymes pancréatiques.

Les signes associés à la diarrhée :

1.Les signes digestifs

- La douleur abdominale
- Un syndrome d'obstruction intestinale intermittent spontanément résolutif
- Une hémorragie digestive
- Des épreintes, du ténesme rectal, des douleurs anorectales ou sacrées

L'examen physique: le retentissement, étiologie

- L'hépatomégalie
- Une ascite isolée ou associée à des oedèmes des membres inférieurs
- Le ballonnement abdominal
- La présence de fistules anales multiples, d'ulcérations et de condylomes anaux
- Le toucher rectal peut objectiver une hypotonie sphinctérienne, aspécifique ou un processus tumoral rectal.
- Masse abdominale
- ADP

2. Les signes généraux

- Apprécier le retentissement de la diarrhée :

  Poids du malade, signes de déshydratation, appréciation de la masse musculaire, manifestations cliniques secondaires aux troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie),
- La fièvre: symptôme important
- Amaigrissement
- L'asthénie physique

3. Les signes extra digestifs :

- La présence d'adénopathies périphériques
- Des manifestations articulaires (arthralgies, arthrites)
- Des manifestations osseuses
- Des symptômes cutanés : un état carentiel, hypoalbuminémie
- Un syndrome hémorragique cutané (pétéchies, purpura, ecchymoses) ou cutanéo muqueux est surtout le fait d'un syndrome de malabsorption sévère
- L'examen neurologique sera soigneux.

- La recherche de signes endocriniens doit être systématique :
  - des signes de dysthyroidie
  - Des signes d'insuffisance surrénalienne,

B- Bilan paraclinique initial systématique

Bilan de retentissement et explorations systématiques

1- Bilan biologique

- Hémogramme :

L'anémie devra être caractérisée, GB et équilibre, plaquettes.

- Dosage du fer sérique et de la ferritinémie
- Electrophorèse des Protéines plasmatiques : l'hypoprotidémie avec hypoalbuminémie .

 L'hypogamma globulinémie doit orienter vers un déficit immunitaire primitif ou secondaire.

- Dosage du cholestérol total et estérifié, lipides totaux
- Dosage de la calcémie, de la phosphorémie ;
- Le dosage de la glycémie et de l'urée sanguine
- L'ionogramme sanguin et urinaire : sont indispensables à la rééquilibration du malade
- Facteurs de la coagulation et TP
- VS et la CRP
- Sérologie VIH
- IDR à la tuberculine (contexte)
- Mesure du poids des selles de 24 heures (3 jours de suite)
- Parasitologie, coproculture, mycologie

2- Bilan radiologique

- La radiographie du thorax de face
- La radiographie de l'abdomen debout sans préparation recherchera essentiellement des calcifications dans l'aire pancréatique
- L'échographie abdominale :signes d'orientation = épaississement pariétal intestinal, adénopathies, anomalies morphologiques du pancréas…..

Au terme de l'enquete: 2 situations :

- **Dans le premier cas de figure, les renseignements recueillis permettent une forte orientation vers une étiologie de DC en raison**
  - D'un terrain particulier
  - D'une symptomatologie associée évocatrice d'une pathologie donnée
  - Des résultats du bilan initial.

La démarche diagnostique et les explorations viseront à confirmer l'étiologie suspectée

- **Dans la deuxième éventualité le diagnostic étiologique ne peut être évoqué** faute de données objectives suffisamment contributives : la cause doit être recherchée à l'aide d'investigations à visée étiologique.

PREMIERE SITUATION CLINIQUE : Une cause de Diarrhée chronique fortement suspectée

A- DC survenant sur un terrain particulier:

1- Maladie générale ou une tare connue:

- Diabète sucré: 0.1-7% des diabétiques, +sieurs années
- Sclérodermie : l'infiltration des parois entérocoliques peut entraîner une diarrhée dont nous verrons plus loin les caractères.
- Alcoolisme : chez l'alcoolique avec ou sans cirrhose hépatique une malabsorption intestinale n'est pas rare.

2- Diarrhée survenant après une intervention chirurgicale:

- **Exérèses étendues**
- **La vagotomie** tronculaire
- **La cholecystectomie**

3 – Diarrhée après radiothérapie abdominale

4 – Diarrhées liées à certains traitements médicamenteux

5 – Au cours du SIDA la diarrhée est particulièrement fréquente (50 à 90 % des cas).

B- DC s'intégrant dans un tableau clinique évocateur d'une étiologie

- **DC associée à une MUGD**: évoque le Sd de Zollinger-Ellison

  La gastrinémie est élevée, supérieure à 500 picogrammes /ml.

- **DIARRHÉE ET GOITRE :**

  * hyperthyroïdie (maladie de Basedow ou adénome toxique)

  *le cancer médullaire de la thyroïdie

- **Diarrhée + Flush vasomoteur :**

*Tumeur carcinoïde en premier lieu ; mais elle peut également révéler toutes les tumeurs endocrines diarrhéigènes (carcinome médullaire de la thyroïde, syndrome de Zollinger Ellison, syndrome de Verner Morrisson)

- **Diarrhée profuse, cholériforme**

C'est le tableau habituel du syndrome de Verner Morrisson ou « choléra pancréatique » secondaire à une tumeur ou une à une hyperplasie des cellules pancréatiques sécrétant du VIP

Le tableau clinique associe à une diarrhée hydrique considérable une hypokaliemie sévère et une hypochlorhydrie.

Le diagnostic se fera sur les dosages hormonaux (VIP +++) et le bilan Rx (TDM, echendoscopie)

C- DC évoqué sur les résultats des examens de 1ère intention

- La positivité de l’examen parasitologiques des selles
- Malabsorption intestinale (hypoalbuminémie, hypocholestérolémie, diminution du fer sérique, du TP) oriente les investigations vers l’intestin grêle.
- Un déficit franc en gammaglobulinémie traduit une malabsorption II aire à un déficit en immunoglobulines. déficit sélectif en IgA (infections répétées de la sphère pulmonaire, ORL et congénitale)
- Les résultats de l’échographie abdominale (processus digestif de type inflammatoire ou tumoral, adénopathies mésentériques anomalies hépatiques) peuvent également fortement orienter vers une étiologie.

SECONDE SITUATION CLINIQUE :
Une Diarrhée chronique sans orientation diagnostique

1. Exploration du grêle :

Tests d'absorption intestinale

- L'épreuve au Dxylose
- Le dosage des graisses fécales: stéatorrhée: 6g/24h.
- Le test de Schilling avec adjonction de facteur intrinsèque explore l'iléon terminal

Transit du grêle :

Il doit être pratiqué avec une suspension de baryte lourde
Le temps de transit pyloro caecal : 3 à 4 heures,
le transit est dit accéléré si la valvule de Bauhin est atteinte en moins de 1h 30mn.

L'endoscopie :

- L'endoscopie oesogastroduodénale
- La coloscopie totale avec iléoscopie

- L'ENTÉROSCOPIE ET/OU L'ÉTUDE PAR LA VIDÉOCAPSULE ENDOSCOPIQUE :

EXPLORATIONS À VISÉE IMMUNITAIRE :

Ce sont l'immuno-électrophorèse et le dosage des immunoglobulines

Autres explorations biologiques

- La recherche d'une pullulation microbienne par le Breath test au glycocholate marqué au C14.
- La recherche d'une entéropathie exsudative : excrétion fécale d'albumine marquée au Cr^{5l} après son injection IV ; il y a perte de protéines si l'excrétion fécale est > 1 %. L'étude de la Clearance intestinale de l'alpha1 antitrypsine est une méthode beaucoup moins sensible mais plus facilement réalisable.

Exploration du pancréas

***Imagerie :** La tomodensitométrie et l'IRM

La cholangiopancréatographie rétrograde perendoscopique peut également être utile dans l'identification d'une éventuelle pathologie pancréatique

Explorations hormonales :

Non systématiques

Un bilan hormonal thyroïdien, dosage des TSH, FT3, FT4, dosage de la thyrocalcitonine lorsqu'ils n'ont pas été réalisés initialement.

Dosage de la sérotonine plasmatique et des 5 HIA urinaires.

Dosage de la gastrinémie.

Dosage du VIP.

Diarrhée chronique d'origine grèlique

DIARRHÉE CHRONIQUE PAR ATTEINTE PARIÉTALE DU GRÊLE

- LA MALADIE CŒLIAQUE DE L'ADULTE :
- SPRUE TROPICALE :
- LA MALADIE DE WHIPPLE
- LES LYMPHOMES INTESTINAUX PRIMITIFS :
- LA MALADIE DE WALDMANN :
- L'AMYLOSE :

- GASTRO-ENTÉRITE À ÉOSINOPHILES :
- MALADIE DE CROHN
- LA TUBERCULOSE DU GRÊLE :
- PARASITES INTESTINAUX
- L'ISCHÉMIE INTESTINALE :
- LA SCLÉRODERMIE :

DIARRHÉES CHRONIQUES PAR MALDIGESTION INTRA-LUMINALE

- Les pancréatites chroniques, le cancer du pancréas
- le syndrome de Zollinger Ellinson :
- La gastrite atrophique du fundus type maladie de Biermer
- Les cholestases chroniques, qu'elle qu'en soit la nature peuvent être responsable d'une DC avec stéatorrhée
- Le syndrome de pullulation bactérienne

Diarrhée chronique d'origine colique

1- Causes tumorales:

1.1. Malignes: Kc colorectaux

1.2. Bénignes : Les polypes rectocoliques

une polypose adénomateuse familiale ; l'adolescent ou l'adulte jeune ; la diarrhée est le symptôme le plus fréquemment observé ; elle est isolée ou associée à des rectorragies. Le TR perçoit de nombreuses formations sessiles ou pédiculées fixées sur la muqueuse rectale que la rectoscopie et la coloscopie identifient comme des polypes dont on appréciera l'extension le long du cadre colique (totale ou segmentaire) et son caractère diffus ou disséminé et au lavement baryté la polypose réalise un aspect multilacunaire.

La biopsie exérèse d'un ou plusieurs polypes est indispensable ; elle seule permet d'identifier la nature adénomateuse de la prolifération ; les polyposes inflammatoires ou hamartomateuses en représentent le diagnostic différentiel.

2- Causes inflammatoires :

- les maladies inflammatoires chroniques intestinales : MC et RCH

* Colites microscopiques :

La colite collagène (CC) :CLINIQUEMENT, L'AFFECTION EST RETROUVÉE PLUS FRÉQUEMMENT CHEZ LA FEMME (SR F/H = 5/1) D'ÂGE MOYEN (50-60 ANS) ;ELLE SE MANIFESTE PAR UNE DIARRHÉE ACQUEUSE SANS ÉMISSION DE SANG, ASSOCIÉE À DES DOULEURS ABDOMINALES VOLONTIERS VAGUES ; CE TABLEAU ÉVOLUE DE FAÇON INTERMITTENTE OU PLUS OU MOINS CONTINUE.

- L'ÉTAT GÉNÉRAL EST HABITUELLEMENT CONSERVÉ. LA COLOSCOPIE, LE LAVEMENT BARYTÉ ET LE TRANSIT DU GRÊLE SONT NORMAUX ; L'ÉTUDE IONIQUE DES SELLES MONTRE QU'IL S'AGIT D'UNE DIARRHÉE SÉCRÉTOIRE.

L'ÉTUDE HISTOLOGIQUE DU COLON OBJECTIVE DEUX ANOMALIES :

- LA PRÉSENCE D'UNE BANDE DE COLLAGÈNE DE TYPE III, DONT L'ÉPAISSEUR EST VARIABLE DE 47 À 100MU (N= 1 À 7), AU NIVEAU DE LA LAMINA PROPRIA ; CE DÉPÔT EST HABITUELLEMENT DISCONTINU ET VARIABLE D'UNE ZONE À L'AUTRE DU COLON CHEZ LE MÊME MALADE.

• L'EXISTENCE D'UNE INFLAMMATION DE DEGRÉ VARIABLE DE LA LAMINA PROPRIA COLIQUE INFILTRÉE SURTOUT PAR DES LYMPHOPLASMOCYTES ET QUELQUES POLYNUCLÉAIRES NEUTROPHILES ET EOSINOPHILES, ASSOCIÉE À DES LÉSIONS DE CRYPTITE. IL EXISTE UNE LYMPHOCYTOSE INTRAÉPITHÉLIALE (20% DE LYMPHOCYTES OU PLUS) ET D'ABCÈS CRYPTIQUES. CES LÉSIONS SONT SOUVENT DIFFUSES SUR TOUT LE COLON MAIS LEUR INTENSITÉ EST VARIABLE D'UNE ZONE À L'AUTRE. ELLES S'ASSOCIENT À L'ALTÉRATION DE L'ÉPITHÉLIUM DE SURFACE AVEC LA PRÉSENCE DE LYMPHOCYTES ET DE POLYNUCLÉAIRES INTRAÉPITHÉLIAUX.

LA PATHOGÉNIE DE CETTE AFFECTION N'EST PAS CONNUE. ON SAIT QUE LE COLLAGÈNE EST DÉPOSÉ DANS LA LAMINA PROPRIA PAR DES FIBROBLASTES QUI PROVIENNENT DE LA COUCHE DE FIBROBLASTES PÉRICRYPTIQUES ET QUI MIGRENT NORMALEMENT VERS LA SURFACE. DANS LA CC CES FIBROBLASTES QUI SONT DES MYOFIBROBLASTES DÉPOSENT DES QUANTITÉS ANORMALES DE COLLAGÈNE DANS LA RÉGION SOUS ÉPITHÉLIALE.

IL FAUT SIGNALER PAR AILLEURS L'ASSOCIATION POSSIBLE DE LA CC À DES AFFECTIONS AUTO-IMMUNES (LA POLYARTHRITE RHUMATOIDE, DES MALADIES THYROÏDIENNES, À LA MALADIE CŒLIAQUE, LA CBP, LA MALADIE DE BIERMER) ET SA SURVENUE POSSIBLE APRÈS LA PRISE DE CERTAINS MÉDICAMENTS (CIMÉTIDINE – SIMVASTATINE).

- **LA COLITE LYMPHOCYTAIRE (CL)** :

LA CL DIFFÈRE DE LA CC SUR 2 POINTS :

- LA PRÉVALENCE CHEZ LA FEMME EST PLUS FAIBLE ; SR F/H = 3/1
- IL N'EXISTE PAS DE DÉPÔT DE COLLAGÈNE SOUS ÉPITHÉLIAL

ELLE PEUT ÊTRE ASSOCIÉE À LA PRISE DE MÉDICAMENTS (AINS, RANITIDINE, PHLEBOTONIQUES).

EN REVANCHE, CETTE AFFECTION DÉCRITE PAR READ EN 1980, NE PRÉSENTE AUCUNE AUTRE DIFFÉRENCE CLINIQUE, RADIOLOGIQUE, ENDOSCOPIQUE AVEC LA CC.
L'IMAGE HISTOLOGIQUE EST ÉGALEMENT SEMBLABLE POUR CE QUI CONCERNE L'INFLAMMATION ET LA LYMPHOCYTOSE INTRAÉPITHÉLIALE CETTE DERNIÈRE ÉTANT BEAUCOUP PLUS NETTE QUE LA CC (TOUJOURS > 20%).
LE TRAITEMENT DE CES 2 AFFECTIONS EST DÉCEVANT. DE NOMBREUX MÉDICAMENTS ONT ÉTÉ UTILISÉS COMME : LA SALAZOPYRINE, LES PANSEMENTS INTESTINAUX, LA CORTICOTHÉRAPIE PAR VOIE GÉNÉRALE ET LES FREINATEURS DU TRANSIT AVEC DES RÉSULTATS VARIABLES SOUVENT D'AILLEURS TEMPORAIRES ET INSUFFISANTS.

3- Causes infectieuses:

*les Colites parasitaires: amibiase intestinale.

diarrhée ou un syndrome dysentrique aigus. Les formes chroniques diarrhéiques sont ici rares, elles existent essentiellement en cas de deficit immunitare.

CETTE AFFECTION SERA RECONNUE SUR :

LA PRÉSENCE DE FORMES VÉGÉTATIVES D'ENTAMOEBA HISTOLYTICA DANS LES SELLES OU SUR LES BIOPSIES

L'EXISTENCE DE LÉSIONS RECTOCOLIQUES COMPATIBLES AVEC LE DIAGNOSTIC D'AMIBIASE = MUQUEUSE, INFLAMMATOIRE, CONGESTIVE, HYPERSECRÉTANTE, PARSEMÉE DE NOMBREUSES ULCÉRATIONS LENTICULAIRES, PUNCTIFORMES EN COUP D'ONGLE OU PLUS LARGES.

L'ABSENCE DE LÉSIONS RECTOCOLIQUES D'AUTRE NATURE QU'IL FAUDRA RECHERCHER PAR LA RECTOSIGMOIDOSCOPIE ET/OU LA COLOSCOPIE

L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT AMOEBICIDE QUI GUÉRIT LES SYMPTÔMES CLINIQUES ET ENDOSCOPIQUES EN MÊME TEMPS QU'IL ASSURE LE DÉPARASITAGE.

*TUBERCULOSE COLIQUE

LA TUBERCULOSE COLIQUE EST DANS LA MAJORITÉ DES CAS, UNE TUBERCULOSE ILÉOCOECALE ; LA TUBERCULOSE COLIQUE ISOLÉE EST PLUS RARE.

SES MANIFESTATIONS CLINIQUES ET LES RÉSULTATS DES EXPLORATIONS PARACLINIQUES SONT SENSIBLEMENT IDENTIQUES À CEUX DE LA TUBERCULOSE ILÉOCOECALE (VOIR PLUS LOIN).

DIARRHEE CHRONIQUE DE CAUSE OBSCURE

Confirmer le diagnostic de diarrhée chronique en éliminant :

ne pas hésiter reprendre l'interrogatoire, examen clinique

- Une diarrhée factice
- Une incontinence anale

Revoir le diagnostic étiologique :

- Dc rare, explorations hormonales délicates
- Hypolactasie; Colite microscopique(Bx étagées, 2 lectures)
- Evoquer des TFI: Sd intestin irritable, diarrhée fonctionnelle
- Diarrhée cholérique des SB:

Conclusion

- La DC est un symptôme fréquent et un motif de consultation et d'exploration en Gastroentérologie
- Les causes sont nombreuses, d'origine digestive et extra digestive
- L'interrogatoire, l'examen clinique et les explorations initiales permettent souvent une orientation étiologique mais aussi l'évaluation du retentissement sur le patient
- Les progrès réalisés en biologie notamment en hormonologie, en radiologie à savoir l'IRM, l'echoendoscopie et la VCE du grêle permettent actuellement d'établir un Dg étiologique de DC
- A ce jour, certaines DC restent encore sans étiologie et nécessitent la répétition des examens complémentaires avec parfois le recours à des explorations plus spécialisées et fines
- Dans tous les cas, la prise en charge thérapeutique est fonction de l'étiologie

Examen 1ère ligne	- clinique - biologies - fiche de selles - rouge de carmin - parasitologie (amibiase, lambliase	→ Orientation éventuelle vers les examens de 2ème 3ème ligne en fonction des données
Examen 2ème ligne	Iléo-coloscopie ± biopsie étagées	→ Entérocolites inflammatoires (MC, RCH) Tumeurs coliques Lymphomes Colites microscopiques, colites parasitaires Entérocolites infectieuses (Yersiniose, CMV, herpès simplex, tuberculose), ischémique, radiques, médicamenteuses (AINS, chimiothérapie) Jéjuno-iléite ulcérée
Examen 3ème ligne	Fibroscopie oesogastroduodénale + biopsies D3-D4 (anapath + parasito)	→ Ulcère gastroduodénal (ZE) Maladie coeliaque Maladie de Whipple Lymphome proximaux Parasitoses (lambliase – anguillulose)
Examen 4ème ligne En l'absence d'orientation	HOSPITALISATION EN MILIEU SPECIALISE (tableau 2)	